

Формирование информационной компетентности всех участников образовательного процесса должно быть творческим и результативным. При интерактивном обучении преподаватель выполняет функцию одного из источников информации. Центральное место в онлайн-обучении занимает группа взаимодействующих студентов, которые стимулируют и активизируют друг друга.

Практически все проанкетированные студенты, занимавшиеся на кафедре неврологии и нейрохирургии в онлайн режиме, положительно отнеслись к данной форме обучения, отметив её безопасность в период пандемии COVID-19, мобильность и эффективность. Однако, онлайн-обучение на клинических кафедрах является вынужденной мерой в связи с отсутствием возможности реализовывать практические навыки.

#### **Литература:**

1. Вылегжанина, Ю.Е.А. Использование информационно-коммуникационных технологий в образовательном процессе / Е.А. Вылегжанина, Н.Н. Мальцева // Актуальные задачи педагогики : материалы VI Междунар. науч. конф., Чита, янв. 2015 г. – Чита : Изд-во Молодой ученый, 2015. – С. 4-6.

2. Дзуличанская, Н.Н. Интерактивные методы обучения как средство формирования ключевых компетенций // Наука и образование: электронное научно-техническое издание. – 2011. – № 4.

**УДК 378.4:372.8**

### **ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН**

***Королькова Н.К.<sup>1</sup>, Бизунков А.Б.<sup>1</sup>, Пиловец Г.И.<sup>2</sup>***

<sup>1</sup>УО «Витебский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>УО «Витебский государственный университет им. П.М. Машерова»

Эксперты полагают, что переход от традиционной системы оценки качества подготовки врача через знания-умения-навыки к компетентностной модели станет самой грандиозной и революционной реформой медицинского образования за последние четыре столетия [1]. Центральной идеей компетентностного подхода к подготовке врача является признание того, что обучать будущего специалиста следует только тем компетенциям, из которых непосредственно складывается его повседневная производственная деятельность. И, соответственно, оценка качества его подготовки должна производиться в пределах компетенций данного перечня. Однако, несмотря на долгую историю медицинского образования, до сих пор нет единогласия в представлении о том, какие именно компетенции необходимы врачам, работающим в медицинских учреждениях разных видов и уровней для эффективного осуществления их обязанностей.

Первая попытка разрешить этот вопрос была сделана Всемирной Организацией Здравоохранения еще в 1978 году, поскольку стало очевидно, что студентов-медиков в значительной степени учат не тому, чему надо, что сопровождается неэффективным расходованием финансовых средств и материальных ресурсов [2]. Основная идея проекта состояла в том, чтобы отказаться от оценки формализованных знаний и фрагментированных практических навыков, перейдя к оценке способности диагностировать заболевание и лечить пациента. Но в течение длительного времени это предложение не находило практической реализации. Только к концу 20-го столетия интерес к оценке компетенций возрос настолько, что в специальной литературе началось обсуждение тех сложностей, которые возникают при его внедрении в практику, а в 1999 году американский аккредитационный совет впервые сформулировал критерии достижения шести основных компетенций, которыми должна оцениваться подготовка студента-медика и впоследствии врача-специалиста [3]. Но оказалось, что даже на выпускных экзаменах воплотить заявленные идеи достаточно сложно. Реализация же компетентностного подхода при преподавании отдельно взятых клинических дисциплин представляет собой еще большую проблему. Во-первых, в формировании одной компетенции принимают участие, как правило,

несколько кафедр, во-вторых, риск превратить оценку компетенций в традиционную оценку знаний-умений-навыков на этом этапе максимально высок [4].

С учетом того, что компетентностный подход требует оценки способности диагностировать и лечить заболевание у пациента и предполагает отказ от фрагментирования этой способности на знания, умения и навыки, в идеале экзамен должен выглядеть как врачебный прием, который оценивает комиссия из нескольких экспертов. В ходе подобного тестового врачебного приема могут быть оценены: способность построить коммуникацию с пациентом, владение общими и специальными методами обследования пациента (практические навыки), правильность постановки предварительного диагноза, выбор инструментальных и лабораторных методов для его подтверждения, интерпретация их результатов, соответствие назначенного лечения установленным протоколам.

При этом для экзаменационного процесса может быть задействован как реальный пациент, так и стандартизированный. Несмотря на то, что технически эта задача легко реализуема с применением средств аудиовидеозаписи, причем процесс сдачи экзамена и его оценки может быть разведен и пространственно, и во времени, с практической точки зрения эта методика представляется затратной по сравнению с традиционной. Но при этом она отвечает главному принципу теории управления качеством, а именно что сложность инструментария для оценки какого-либо процесса не должна уступать сложности самого этого процесса.

С точки зрения снижения затрат, но при необходимости обязательного сохранения формата компетентностного подхода, на наш взгляд, следует обратить внимание на учебную историю болезни, как на базовый уровень, на котором можно проектировать оценочный инструментарий для анализа компетенций, сформированных в процессе преподавания отдельных клинических дисциплин. С одной стороны, процесс создания истории болезни является частным случаем деловой игры, с другой – дает возможность оценить не только знания-умения-навыки, но и фактически весь пакет анализируемых компетенций, если под историей болезни понимать не ее текст, а процесс ее создания. Работая в таком формате, при необходимости есть возможность углубленно проверить отдельные этапы работы студента: умение построить доверительные отношения с пациентом, собрать жалобы и сведения из анамнеза, произвести необходимый объем объективных исследований, поставить предварительный и клинический диагноз, назначить оптимальное лечение. Как правило, методы обследования пациента представляют собой практические навыки, предусмотренные учебной программой. В ходе защиты истории болезни студенту могут быть заданы дополнительные вопросы, позволяющие проверить знания по разным темам: от объяснения генеза того или иного симптома до выбора оптимального лекарственного средства для медикаментозной терапии или выбора оптимального способа хирургического вмешательства.

Таким образом, уровень освоения клинической дисциплины наиболее полно характеризуется подготовкой истории болезни и ее последующей защитой. Оценка процесса подготовки истории болезни в большей степени соответствует принципам компетентностного подхода, нежели сдача практических навыков в отрыве от конкретной клинической ситуации в сочетании с прохождением тестового контроля, основанного на механическом заучивании материала.

#### **Литература:**

1. Ten Cate, O. Competency-Based Education, Entrustable Professional Activities, and the Power of Language / O. ten Cate // J. Grad. Med. Educ. – 2013. – Vol. 5, N 1. – P. 6–7.
2. Competency-based curriculum development in medical education / W. McGaghie [et al.]. – Geneva : World Health Organization, 1978. – 90 p.
3. General competencies and accreditation in graduate medical education / P. Batalden [et al.] // Health Aff. (Millwood). – 2002. – Vol. 21. – P. 103–111.
4. Competency-based medical education: An overview and application in pharmacology / N. Shah [et al.] // Indian J. Pharmacol. – 2016. – Vol. 48. – Suppl. 1. – P. S5–S9.